



**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o braku przeciwwskazań do zajęć hipoterapii**

Nazwisko i imię.....

Pesel.....wiek.....

ROZPOZNANIE JEDNOSTKI CHOROBOWEJ, CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE

.....
.....
.....

ZALECENIA DLA TERAPEUTY

.....
.....
.....

Zaświadczenie ważne:

Bezterminowo

Termin następnej konsultacji lekarskiej :

.....
(*miejsowość i data*)

.....
(*podpis i pieczętka lekarza*)

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Stworzenia Pana Smolenia z siedzibą w Baranówku 21, 62-050 Mosina. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przyjęcia niniejszego zaświadczenia. Dane mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przyjęcia niniejszego zaświadczenia.